**(modello di domanda allegato al )**

|  |  |
| --- | --- |
| Al | Direttore Generale  dell’Ufficio Scolastico Regionale per la Campania  Ufficio I – AA.GG. Personale e servizi della D.G. – [drca@postacert.istruzione.it](mailto:drca@postacert.istruzione.it) |
|  |  |

**Oggetto: Richiesta di sussidio ai sensi del D.D.G. prot \_41449 del 03.11.2022.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Il/La sottoscritto/a | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| nato/a a | | |  | | | | | | | | | | | | | Prov. | | |  | | | | | | |
| il |  | | | | | | | | residente a | | |  | | | | | | | | | Prov. | | |  | |
| in Via | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Codice Fiscale: | | | |  | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  |

**CHIEDE**

**Contrassegnare con (X) le opzioni di interesse**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l’assegnazione di un sussidio per:** | | | |
| 🞎 | decesso di (\*) |  | |
|  |  |  | |
| 🞎 | malattie ed interventi chirurgici a carico dei seguenti componenti del nucleo familiare (\*): | |  |
|  |  | | |
|  |  | | |
|  |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **A tal fine dichiara sotto la propria responsabilità:** | | | | | | | | | |
| 🞎 | di essere dipendente del MIUR in servizio presso | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | |
|  | con la qualifica di |  | | | | | | | |
| 🞎 | di essere in servizio continuativo dal | | | |  | | | | |
| 🞎 | di essere stato dipendente di ruolo del MIUR in servizio presso | | | | | |  | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | con la qualifica di |  | | | | | | | |
|  | e di essere cessato dal servizio in data | | |  | | | | | |
| 🞎 | di essere familiare (\*) di | |  | | | | | | |
|  | il quale era già dipendente di ruolo del MIUR, in servizio presso | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | |
|  | con la qualifica di | | | | | fino al | |  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Che il nucleo familiare di cui fa parte è attualmente così composto:** | | |
| Grado di parentela | Nome e Cognome | Luogo e Data di nascita |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dichiara altresì:** *(cancellare la parte che non interessa)* | | |  |
| 1. | che l’evento per cui chiede il sussidio si è verificato dal **1 Novembre 2020** al **31 Ottobre 2021** | |  |
| 2. | che la spesa sostenuta per il decesso ammonta a euro |  | |
| 3. | che le spese per cure mediche e di degenza sostenute nel periodo 2020/2021 ammontano a euro: |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Il sottoscritto dichiara espressamente** **che:** | |
| 🞎 | non sussistono ulteriori redditi oltre quelli dichiarati ai fini della determinazione dell’indicatore della situazione economica (I.S.E.E.), anche in capo agli altri componenti il nucleo familiare quale risulta dalle evidenze anagrafiche |
| 🞎 | non sussistono, né da parte sua né da parte di altri familiari, analoghe richieste inoltrate, per gli stessi eventi, ad altre Amministrazioni, Enti, Società e Assicurazioni. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Allega (\*\*)** *(contrassegnare con X i documenti allegati)* | | | | | | |
| 🞎 | Copia conforme della dichiarazione sostitutiva unica corredata dall’attestato I.S.E.E. relativo all’anno 2020 | | | | | |
| 🞎 | originali (o copie conformi) dei seguenti documenti di spesa sostenuta: | | | | |  |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
|  |  | | | | | |
| 🞎 | documentazione medica | |  | | | |
|  |  | | | | | |
| 🞎 | certificato di morte di |  | | | | |
| 🞎 | stato di famiglia alla data del decesso del familiare convivente | | |  | | |
| 🞎 | fotocopia di documento di identità e codice fiscale | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Il sottoscritto chiede** **che il sussidio eventualmente assegnato gli venga accreditato** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| presso l’istituto di credito/ufficio postale | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Codice IBAN |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| intestato a |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| - Il sottoscritto, consapevole delle sanzioni, anche penali, nelle quali incorre in caso di dichiarazione mendace, ai sensi del DPR 28/12/2000 n. 445, **conferma espressamente** che tutte le precedenti dichiarazioni corrispondono al vero. | |
| - Eventuali comunicazioni potranno essere inviate ai seguenti recapiti: | |
| Numero di cellulare |  |
| Indirizzo di posta elettronica |  |
| dei quali si impegna a comunicare l’eventuale cambiamento. | |

Il sottoscritto **autorizza** il trattamento dei dati personali e sensibili ai fini dell’erogazione del beneficio richiesto.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Data | | |  | Firma | |
|  | | |  |  | |
|  | | |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Note** | | | |
| **(\*)** | **È obbligatorio indicare anche il rapporto di parentela col richiedente** | | |
| **(\*\*)** | **Tutta la documentazione deve essere presentata contestualmente alla domanda entro il termine previsto dal bando; in nessun caso è ammesso fare riferimento a documentazione presentata in precedenza o esprimere riserva di integrare la documentazione oltre il suddetto termine.** | | |